

Curriculum formativo e professionale
Dichiarazione sostitutiva a.s. Artt. 46 u.47 del DPR 445/2000
(Utilizzo da parte della Commissione)

Allegato 2

Il/la sottoscritta/o:
CAPICI ALESSANDRA

nata/o il:
1976

consapevole delle sanzioni previste, applicabili incaso di false dichiarazioni a suo carico come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità le segg. stati, fatti e qualità personali:

Laurea magistrale in:
MEDICINA E CHIRURGIA

Università:
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA

Data:
23/10/2007

Riconoscimento (se conseguito all'estero):

Università, Provincia, Ministero:

Data:

Specializzazione in:
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Università:
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

Data:
15/06/2017

Riconoscimento (se conseguito all'estero):

Università, Provincia, Ministero:

Data:

Altro (pe dottorato di ricerca, Master):
MASTER IN MANAGEMENT DELLA FILIERA DELI

Università, altro:
LUISS BUSINESS SCHOOL

Data:
08/02/2021

Riconoscimento (se conseguito all'estero):

Università, Provincia, altro:

Data:

Iscrizione all'albo prof.le, luogo:
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI BOLZANO

Provincia/Paese:
BZ/ITALIA

Data:
19/10/2009

Formazione manageriale, luogo:
CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PNRR

Università, Provincia, altro:
LIBERA UNIVERSITA'DI BOLZANO

Data:
08/02/2025

Formazione complementare, luogo:
CORSO MODELLI DI GESTIONE DEI SERVIZI TE

Università, Provincia, altro:
SDA BOCCONI

Data:
26/05/2021

Soggiorni di studio o di addestramento professionale ed esperienze professionali successive all'acquisizione della specializzazione, per attività attinenti alla disciplina in strutture, Italiane o estere, di durata non inferiore a 3 mesi:

Tipologia soggiorno:

Tipologia struttura:

periodo (dal – al):

Sevizio presso enti pubblici (ultimi 10 anni: a tempo in-/determinato – non attività libero prof.le!):

(Il servizio prestato all'estero dev'essere riconosciuto in Italia ai sensi della Legge 735/1960 i.f.v. e deve essere indicata la data di riconoscimento in Italia)

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le, disciplina e reparto/servizio	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	DIRIGENTE MEDICO SISP	01/09/2017 - 31/10/2017	0	2	0
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	DIRIGENTE MEDICO SISP	01/11/2017 - 31/05/2018	0	7	0
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	DIR.MEDICO DIR.MED.OSP.BRU	16/07/2018 - 30/11/2018	0	4	15
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	DIR.MEDICO DIR.MED.OSP.BRU	01/12/2018 - 31/08/2019	0	9	0
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	DIR.MEDICO SERV. MED.BASE	01/09/2019 - AD OGGI	5	11	1
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				

Sevizio presso datori di lavoro privati (ultimi 10 anni: a tempo in-/determinato e attività libero prof.le presso enti pubblici):

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le, disciplina e reparto/servizio	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				

Incarichi dirigenziali (Incarichi come Direttore di struttura complessa/semplice, alte specialità e altro):

Ente/ Amministrazione	Incarico Denominazione con indicazione della disciplina	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	SOSTITUTA DIRETTRICE DI STRUTTURA	01/05/2020 - 31/03/2025	4	10	30
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	SOSTITUTA DIRETTRICE DI STRUTTURA	01/07/2022 - 31/03/2025	2	8	31
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	RESPONSABILE DI STRUTT. SEMPLICE P	01/11/2023 - 31/03/2025	1	4	30
AZ. SANITARIA DELLA PROV.AUT. DI	DIRETTRICE REGGENTE DI STRUTTURA	01/04/2025 - 31/07/2025	0	4	0
	-				
	-				
	-				

Casistica (certificata dal Direttore sanitario sulla base dell'attestazione rilasciata dal dirigente responsabile della struttura complessa, dipartimento, struttura ospedaliera o dell'Azienda Sanitaria):

- chirurgica e di procedure chirurgiche invasive /
- specifiche esperienze e attività prof.li

(sì/no): SI

Attività didattica/abilitazione (Incarichi, etc.):

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le Inquadramento e indicazione della disciplina	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni	h Ore.
		-				
		-				
		-				
		-				
		-				

Partecipazione attiva a progetti in gruppi di ricerca o società scientifiche:

Gruppo di ricerca/ Società scientifiche	Progetto

Corsi , congressi, convegni, seminari (ai sensi della lista allegata, datata e firmata):

in qualità di	ambito	periodo	quantità
relatore/rice	internazionale	negli ultimi 5 anni	
relatore/rice	nazionale	negli ultimi 5 anni	4
partecipante	internazionale/nazionale	negli ultimi 5 anni	

Appartenenze diverse (Società, Commissioni, Organizzazioni, etc.):

Ente/ Amministrazione	Incarico Denominazione e disciplina	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			

Pubblicazioni (le 5 pubblicazioni più importanti degli ultimi 10 anni):

Titolo/Descrizione	Libro, rivista, etc.	Data	1. Autore	2. Autore	* Autore
Trasformazione della struttura distrettuale di Egna in Centric	Organizzazione Sanitaria - Fascicolo	04/2021		2	
Establishment of Special Units of Continuity Assistance in the	Organizzazione Sanitaria - Fascicolo	02/03/2020			3
Elevated Chromogranin A (CgA) serum levels in the patient	Arch Gerontol Geriatr	06/03/2008			4
Patient-Reported Quality of Care for Osteoarthritis in General	Methods Protoc. 2023, 6, 28.	10/03/2023			6

Numero di pubblicazioni pubblicate a stampa e allegate come::

1. Autore	2. Autore	3. Autore	*Autore	*Autore	*Autore
1					

* = indicazione numerica di Autore/Co-Autore

Idoneità (nazionale/provinciale):

Procedura/Descrizione	Figura prof.le/incarichi	Data

Data:

01/08/2025